STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 39697

4 december 2015

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 november 2015, kenmerk 839984-141498-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2016 (Regeling risicoverevening 2016)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, k en aa, 3.1, derde lid, 3.2, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, tweede lid, 3.6, derde lid, 3.7, derde lid, 3.7a, derde lid, 3.8, 3.10, tweede lid, 3.11, zesde lid, 3.13, 3.14, 3.15, 3.17, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *dure intramurale geneesmiddelen:* geneesmiddelen die de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering krachtens het tweede lid van dat artikel, niet omvat;
b. *FGG:* fysiotherapiegebruikersgroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het gebruik van fysiotherapie in het voorgaande jaar;
c. *VGG:* verpleging en verzorging gebruikersgroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar;
d. *GGG:* geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het gebruik van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
e. *IGG:* intramurale GGZ gebruikersgroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het gebruik van intramurale geestelijke gezondheidszorg in het voorgaande jaar.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2016 bedraagt € 42.804,1 miljoen.

2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
   a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 35.340,1 miljoen;
   b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 170,0 miljoen;
   c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3.611,6 miljoen;
   d. het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging ad € 3.454,4 miljoen;
   e. het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg ad € 228,0 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2016 geraamd op € 17.390,6 miljoen.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2016 geraamd op € 3.194,8 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2016, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 22.218,7 miljoen.

HOOFDSTUK 2. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX ANTE) AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5

1. De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten, bedoeld in artikel 3.4 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2016 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar FGG, VGG en GGG.

2. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging, bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2016 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar FGG, VGG en GGG.

3. De verdeling van het macro-deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.7a van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2016 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar IGG.

Artikel 6

De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6, 3.7 en 3.7a van het Besluit zorgverzekering, en de klassen en gewichten die aan de criteria, bedoeld in artikel 5 worden toegekend, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.

Artikel 7

In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4, 1.9, 1.10 en 1.11, en bijlage 2, tabellen 2.2, 2.3 en 2.9, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', DKG '0', 'Geen HKG', 'Geen FGG', 'Geen VGG', 'Geen GGG', 'Geen FKG psychische aandoeningen', DKG-klasse psychische aandoeningen '0' en 'Geen IGG' waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.

Artikel 8

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.288 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.

2. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.

3. Het Zorginstituut raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder, te verminderen met het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.

2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'DKG 0', 'HKG 0' en 'Geen MHK' vallen, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 3 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.

3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 355,10 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is.

HOOFDSTUK 3. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX POST) TEN BEHOEVE VAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 10

1. Een verzekerde die slechts gedurende een deel van het vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd was, telt voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor die zorgverzekeraar mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar bij die zorgverzekeraar verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.

2. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij meer dan één zorgverzekeraar verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die periode mee in een mate die bepaald wordt door het getal 1 te delen door het aantal zorgverzekeraars waarbij hij in die periode
verzekerd was.

Artikel 11

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters ‘variabele zorgkosten’, ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’, ‘kosten van verpleging en verzorging’ en ‘kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg’ de relevante deelbedragen.

2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties en van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor de clusters ‘variabele zorgkosten’ en ‘kosten van verpleging en verzorging’ past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 1 toe. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor de clusters ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ en ‘kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg’ past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 2 toe.

3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
   a. leeftijd en geslacht: 2016;
   b. FKG’s: 2015;
   c. DKG’s: 2015;
   d. HKG’s: 2015;
   e. aard van het inkomen: 2016;
   f. regio: 2016;
   g. SES: 2015 en 2016;
   h. meerjarig hoge kosten: 2013, 2014 en 2015;
   i. ggz-regio: 2016;
   j. FKG’s psychische aandoeningen: 2015;
   k. DKG’s psychische aandoeningen: 2014 en 2015;
   l. éénpersoonsadres: 2016;
   m. GGZ-MHK: 2013, 2014 en 2015;
   n. generieke somatische morbiditeit 2015;
   o. FGG: 2015;
   p. VGG: 2015;
   q. GGG: 2015;
   r. IGG: 2015.

4. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse ‘Geen MHK’, het gewicht van de klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen kosten‘ en het gewicht van de klasse ‘Geen IGG’ zodanig dat de per criterium gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt;

5. Het Zorginstituut deelt bij de criteria FGG, VGG en GGG verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen;

6. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, in afwijking van het voorgaande lid, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij respectievelijk de klassen ‘Geen FGG’, ‘Geen VGG’ of ‘Geen GGG’.

Artikel 12

1. Het Zorginstituut merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
   a. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b -, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten';
   b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg';
   c. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster 'kosten van verpleging en verzorging';
   d. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van meer dan 365 doch niet meer dan 1095 dagen, aan als kosten van het cluster 'kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg';
   e. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a, b, c of d aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

2. Het Zorginstituut merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, voor 90 procent aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten' en voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'verpleging en verzorging'.

Artikel 13

1. Met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico, deelt het Zorginstituut zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden niet toe aan een cluster van prestaties.

2. Het Zorginstituut deelt renteheffingskosten niet toe aan een cluster van prestaties.

Artikel 14

1. Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 15

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag voor het cluster 'vaste zorgkosten' op de gerealiseerde aantallen verzekerden per zorgverzekeraar.

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling voor medisch-specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

3. Het percentage per instelling, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 14, eerste lid.

4. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

5. Het Zorginstituut merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ, de stichting kwaliteitsgelden patiënten consument en de

Projectgelden ten behoeve van de gezamenlijke inhoudelijke agenda zoals benoemd in het Bestuurlijk Akkoord Eerste lijn 2014–2017 aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

6. Het Zorginstituut merkt de kosten van geneesmiddelen met ingang van het tijdstip waarop ze ophouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

7. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het tweede tot en met zesde lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 16

1. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 17,50 en 75 procent.

2. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 15 en 75 procent.

3. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, derde lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 5 en 100 procent.

Artikel 17

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 9, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen van de in dat artikel bedoelde verzekerden.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 18

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 43.

HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET ZORGINSTITUUT

Artikel 19

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het Zorginstituut te stellen beleidsregels, waarin een betaalschema is opgenomen dat rekening houdt met declaratiepatronen van zorgaanbieders.

HOOFDSTUK 6. WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2015

Artikel 20

De Regeling risicoverevening 2015 wordt als volgt gewijzigd:

1. In artikel 16, eerste lid, wordt de zinsnede 'bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering' vervangen door: bedoeld in artikel 3.17, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.

2. In artikel 16, tweede lid, wordt de zinsnede 'bedoeld in artikel 3.17, derde lid, van het Besluit zorgverzekering' vervangen door: bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.

3. In bijlage 2, tabel 2.8: Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde) Kosten van geneeskundige GGZ komt het eerste onderdeel uit de tabel als volgt te luiden:

GGZ-MHK 3 jaar geen kosten	– 88,49.

4. In bijlage 3, tabel 3.2: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro’s per verzekerde) komen de onderdelen studenten en zelfstandigen als volgt te luiden:

Studenten	18–34 jaar	– 16,26
Zelfstandigen	18–34 jaar	– 6,25
	35–44 jaar	– 10,64
	45–54 jaar	– 15,29
	55–64 jaar	– 16,70

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 21

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

2. Deze regeling werkt terug tot en met 30 september 2015 met uitzondering van artikel 20 dat terugwerkt tot en met 30 september 2014.

Artikel 22

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2016.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 EN ARTIKEL 11, TWEEDE LID

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters ‘variabele zorgkosten’ en ‘verpleging en verzorging’.

De in deze bijlage genoemde klassen en gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 6) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 11, tweede lid).

Tabel 1.1. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro’s per verzekerde)

		Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Mannen	0 jaar	5.040,63	206,60
	1–4 jaar	1.824,02	224,26
	5–9 jaar	1.642,81	200,47
	10–14 jaar	1.536,83	183,96
	15–17 jaar	1.575,82	162,33
	18–24 jaar	1.387,90	148,79
	25–29 jaar	1.371,96	157,36
	30–34 jaar	1.378,18	161,18
	35–39 jaar	1.474,21	160,95
	40–44 jaar	1.563,09	164,11
	45–49 jaar	1.706,46	163,08
	50–54 jaar	1.881,30	164,10
	55–59 jaar	2.207,61	165,23
	60–64 jaar	2.472,21	163,33
	65–69 jaar	3.075,19	154,18
	70–74 jaar	3.480,76	177,98
	75–79 jaar	3.860,87	247,11
	80–84 jaar	4.011,98	494,02
	85–89 jaar	3.940,30	962,29
	90+ jaar	3.956,22	1.872,43
Vrouwen	0 jaar	4.465,26	199,60
	1–4 jaar	1.580,31	214,22
	5–9 jaar	1.517,35	190,47
	10–14 jaar	1.511,44	181,97
	15–17 jaar	1.711,78	163,75
	18–24 jaar	1.724,35	148,51
	25–29 jaar	2.231,35	158,08
	30–34 jaar	2.389,41	159,04
	35–39 jaar	2.045,83	159,78
	40–44 jaar	1.766,09	160,53
	45–49 jaar	1.826,92	162,80
	50–54 jaar	1.935,61	161,03
	55–59 jaar	2.072,70	157,25
	60–64 jaar	2.217,71	165,24
	65–69 jaar	2.650,31	158,36
	70–74 jaar	2.893,82	177,38
	75–79 jaar	3.155,51	289,91
	80–84 jaar	3.311,10	594,88
	85–89 jaar	3.307,51	1.082,45
	90+ jaar	3.261,44	1.992,52

Tabel 1.2. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium FKG’s (in euro’s per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen FKG	–243,41	–13,06
Glaucoom	145,59	9,45
Schildklieraandoeningen	38,94	1,34
Psychose, Alzheimer en verslaving	–73,83	–3,10

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Depressie	91,26	41,60
Chronische pijn exclusief opioïden	768,13	35,79
Neuropathische pijn complex	1.424,47	64,76
Hoog cholesterol	100,22	–26,36
Diabetes type II zonder hypertensie	458,09	40,11
COPD/Zware astma	1813,57	144,37
Astma	493,29	33,39
Diabetes type II met hypertensie	829,40	45,45
Epilepsie	829,83	–16,46
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	1.073,39	26,72
Hartaandoeningen	1.546,32	238,30
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	1.3313,88	–29,43
Reuma	941,03	4,88
Parkinson	1.713,51	569,87
Diabetes type I	1.476,76	139,94
Transplantaties	822,65	–249,60
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	4.220,41	–27,13
Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	1.253,75	–874,98
Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig	243,55	455,68
Kanker	1.637,50	–84,66
Hormoongevoelige tumoren	824,49	205,31
HIV/AIDS	3.234,08	–529,73
Nieraandoeningen	6.761,02	0,52
Psoriasis	368,79	23,50
Pulmonale arteriële hypertensie	20.145,95	–928,30
Kanker o.b.v. add-on	9.456,26	110,22
Groeistoornissen o.b.v. add-on	1.301,44	–591,09

Tabel 1.3. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium DKG’s (in euro’s per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
0	–269,63	–9,85
1	737,68	–44,05
2	505,52	–9,32
3	1.145,54	–37,35
4	2.006,88	16,84
5	1.860,77	169,98
6	2.850,10	39,36
7	4.482,91	464,95
8	4.815,12	488,05
9	9.631,69	698,99
10	9.158,01	775,30
11	1.3958,91	1.972,57
12	2.1931,43	840,49
13	25.383,53	7.642,20
14	48.705,94	–602,14
15	68.359,10	–1.018,47

Tabel 1.4. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium HKG’s (in euro’s per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen HKG	–15,72	–3,84
Insuline infuuspompen	1.019,19	–83,93
Katheters/urine-opvangzakken	1.230,11	479,86
Stoma’s	2.063,83	194,25
Tracheo-stoma’s	5.995,54	4.460,16

Tabel 1.5. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
	0–17 jaar	0,00	0,00
	65+ jaar	0,00	0,00
Duurzaam en volledig	18–34 jaar	1.929,88	–146,57
arbeidsongeschikten	35–44 jaar	1.829,30	–209,63
(IVA)	45–54 jaar	1.612,86	–27,07
	55–64 jaar	942,72	–32,77
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	474,55	–286,90
excl. IVA	35–44 jaar	682,65	-119,96
	45–54 jaar	634,29	97,27
	55–64 jaar	503,58	–68,47
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	260,66	–5,51
	35–44 jaar	281,31	–19,52
	45–54 jaar	363,72	–23,66
	55–64 jaar	235,80	–9,54
Studenten	18–34 jaar	–233,77	16,45
Zelfstandigen	18–34 jaar	–111,83	8,09
	35–44 jaar	–173,90	3,23
	45–54 jaar	–253,91	5,08
	55–64 jaar	–324,14	3,83
Hoogopgeleiden	18–34 jaar	–37,38	13,27
Referentiegroep	18–34 jaar	30,46	13,98
	35–44 jaar	–43,91	8,60
	45–54 jaar	–61,93	9,69
	55–64 jaar	–84,63	11,85

Tabel 1.6. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
1	65,99	–0,77
2	51,69	–2,21
3	16,41	–1,54
4	15,00	–1,50
5	–1,24	–1,65
6	–6,05	1,12
7	–19,05	0,01
8	–24,33	1,43
9	–45,24	2,51
10	–49,86	2,45

Tabel 1.7. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

			Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
SES 0 (> 15 bewoners)		0–17 jaar	242,23	–38,76
	Blijvend	18–64 jaar	–135,56	–3,23
		65+ jaar	–1.197,03	–739,82
	Instromend	18–64 jaar	792,30	–92,37
		65+ jaar	2.850,92	–1.595,69
SES 1 (zeer laag)		0–17 jaar	83,33	–9,90
		18–64 jaar	29,92	11,23
		65+ jaar	274,89	205,53
SES 2 (laag)		0–17 jaar	33,64	–12,72
		18–64 jaar	28,18	2,93
		65+ jaar	89,59	31,42
SES 3 (midden)		0–17 jaar	–14,99	–12,28
		18–64 jaar	14,51	–2,04
		65+ jaar	–43,71	–21,59

			Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
SES 4 (hoog)		0–17 jaar	–65,07	27,70
		18–64 jaar	–56,11	–6,83
		65+ jaar	–169,71	–51,27

Tabel 1.8. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen MHK	–251,36	–13,63
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	2.276,95	85,61
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	2.144,02	66,01
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	3.478,96	156,82
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	5.484,18	290,32
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	9.332,55	596,86
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	26.132,79	2.469,97

Tabel 1.9. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium FGG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen FGG	–10,91	1,34
FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent	536,05	–65,94

Tabel 1.10. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium VGG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen VGG	–29,29	–137,99
VGG kosten in top 2,5 procent	1.109,19	1.333,92
VGG kosten in top 1,5 procent	1.415,00	5.527,42
VGG kosten in top 0,5 procent	1.337,64	11.225,84
VGG kosten in top 0,25 procent	1.923,73	24.619,71

Tabel 1.11. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium GGG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen GGG	1,21	–2,59
GGG kosten in top 0,275 procent	–515,30	1.098,49

Tabel 1.12. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium generieke somatische morbiditeit (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Geen morbiditeit	65– jaar	–54,59	8,44
	65+ jaar	–198,18	–26,77
Wel morbiditeit	65– jaar	243,25	–37,63
	65+ jaar	111,21	15,02

BIJLAGE 2, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 EN ARTIKEL 11, TWEEDE LID

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot de clusters ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ en ‘kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg’.

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar en ouder; de klassen en gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 6) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid).

Tabel 2.1. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro’s per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
Mannen	18–24 jaar	357,12	17,65
	25–29 jaar	315,88	17,65
	30–34 jaar	314,48	17,65
	35–39 jaar	304,58	17,65
	40–44 jaar	266,19	17,65
	45–49 jaar	257,09	17,65
	50–54 jaar	245,19	17,65
	55–59 jaar	240,05	17,65
	60–64 jaar	233,23	17,65
	65–69 jaar	217,45	14,29
	70–74 jaar	223,48	14,29
	75–79 jaar	223,75	14,29
	80–84 jaar	228,16	14,29
	85–89 jaar	212,76	14,29
	90+ jaar	212,76	14,29
Vrouwen	18–24 jaar	398,77	17,65
	25–29 jaar	318,69	17,65
	30–34 jaar	314,48	17,65
	35–39 jaar	267,98	17,65
	40–44 jaar	265,65	17,65
	45–49 jaar	246,06	17,65
	50–54 jaar	245,19	17,65
	55–59 jaar	233,23	17,65
	60–64 jaar	233,23	17,65
	65–69 jaar	212,76	14,29
	70–74 jaar	218,86	14,29
	75–79 jaar	212,76	14,29
	80–84 jaar	212,76	14,29
	85–89 jaar	212,76	14,29
	90+ jaar	212,76	14,29

Tabel 2.2. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium FKG psychische aandoeningen (in euro’s per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	–31,72	0,00
FKG psychose	1.988,67	0,00
FKG psychose depot	5.107,31	0,00
FKG chronische stemmingsstoornissen	311,35	0,00
FKG verslaving	1.237,57	0,00
FKG bipolair regulier	858,27	0,00
FKG bipolair complex	1.677,65	0,00
FKG ADHD	267,67	0,00

Tabel 2.3. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium DKG psychische aandoeningen (in euro’s per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
0	–71,89	–1,01
1	1.331,69	–1,01

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
2	5.092,13	–1,01
3	9.943,11	963,59
4	16.071,31	24,98
5	23.091,72	–1,01

Tabel 2.4. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
	65+ jaar	0,00	0,00
Duurzaam en volledig	18–34 jaar	593,80	0,00
arbeidsongeschikten	35–44 jaar	109,68	0,00
(IVA)	45–54 jaar	–17,81	0,00
	55–64 jaar	–5,86	0,00
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	660,90	0,00
excl IVA	35–44 jaar	330,12	0,00
	45–54 jaar	116,98	0,00
	55–64 jaar	26,26	0,00
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	397,98	0,00
	35–44 jaar	275,60	0,00
	45–54 jaar	143,34	0,00
	55–64 jaar	35,08	0,00
Studenten	18–34 jaar	–87,10	0,00
Zelfstandigen	18–34 jaar	–87,10	0,00
	35–44 jaar	–38,27	0,00
	45–54 jaar	–17,81	0,00
	55–64 jaar	–5,86	0,00
Hoogopgeleiden	18–34 jaar	–87,10	0,00
Referentiegroep	18–34 jaar	–20,52	0,00
	35–44 jaar	–33,07	0,00
	45–54 jaar	–17,81	0,00
	55–64 jaar	–5,86	0,00

Tabel 2.5. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
1	53,22	0,00
2	7,31	0,00
3	1,86	0,00
4	–8,96	0,00
5	–8,96	0,00
6	–8,96	0,00
7	–8,96	0,00
8	–8,96	0,00
9	–8,96	0,00
10	–8,96	0,00

Tabel 2.6. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

			Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
SES 0 (> 15 bewoners)	Blijvend	18–64 jaar	756,77	786,16
		65+ jaar	–3,85	3,83
	Instromend	18–64 jaar	4.002,40	345,99
		65+ jaar	490,96	–0,08
SES 1 (zeer laag)		18–64 jaar	25,97	–3,44
		65+ jaar	–3,85	–0,08
SES 2 (laag)		18–64 jaar	–18,46	–3,44
		65+ jaar	1,16	–0,08
SES 3 (midden)		18–64 jaar	–18,46	–3,44
		65+ jaar	–3,85	–0,08

			Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
SES 4 (hoog)		18–64 jaar	–18,46	–3,44
		65+ jaar	–3,85	–0,08

Tabel 2.7. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium éénpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
Niet	–14,44	0,00
Wel	67,96	0,00

Tabel 2.8. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium GGZ meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ	Kosten van langdurige GGZ
GGZ-MHK 3 jaar geen kosten	–81,90	–0,63
GGZ-MHK in 3 jaar ten minste 1x kosten	507,18	–0,63
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille	2.549,60	–0,63
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 5 promille	8.111,07	784,87

Tabel 2.9. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium IGG (in euro's per verzekerde)

	Kosten van langdurige GGZ
Geen IGG	–11,71
IGG Gebruik intramurale gGGZ > 252 zorgdagen	22.017,08
IGG Gebruik intramurale lGGZ	75.247,50

BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 9, TWEEDE LID

De bijlage betreft het eigen risico.

De in deze bijlage genoemde klassen en gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 9, tweede lid) en vormen de basis voor de herberekening van de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar (artikel 17, tweede lid).

Tabel 3.1. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	127,63
	25–29 jaar	122,03
	30–34 jaar	124,48
	35–39 jaar	132,16
	40–44 jaar	138,75
	45–49 jaar	148,77
	50–54 jaar	160,64
	55–59 jaar	186,28
	60–64 jaar	205,96
	65–69 jaar	227,01
	70–74 jaar	252,93
	75–79 jaar	277,09
	80–84 jaar	293,37
	85–89 jaar	300,37
	90+ jaar	301,73
Vrouwen	18–24 jaar	189,89
	25–29 jaar	196,94
	30–34 jaar	202,69
	35–39 jaar	194,31
	40–44 jaar	187,21
	45–49 jaar	192,05
	50–54 jaar	203,54
	55–59 jaar	215,26
	60–64 jaar	225,47
	65–69 jaar	242,28
	70–74 jaar	265,87
	75–79 jaar	286,59
	80–84 jaar	296,95
	85–89 jaar	295,93
	90+ jaar	284,18

Tabel 3.2. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	65+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig	18–34 jaar	119,02
arbeidsonge-schikten	35–44 jaar	117,76
(IVA)	45–54 jaar	105,24
	55–64 jaar	71,94
Arbeidsonge-schikten	18–34 jaar	77,05
excl. IVA	35–44 jaar	85,53
	45–54 jaar	72,96
	55–64 jaar	47,30
Bijstandsge-rechtigden	18–34 jaar	56,01
	35–44 jaar	56,90

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	45–54 jaar	49,42
	55–64 jaar	20,57
Studenten	18–34 jaar	–16,84
Zelfstandigen	18–34 jaar	–7,02
	35–44 jaar	–10,78
	45–54 jaar	–14,35
	55–64 jaar	–17,14
Hoogopgelei-den	18–34 jaar	–13,28
Referentie-groep	18–34 jaar	1,48
	35–44 jaar	–4,96
	45–54 jaar	–4,63
	55–64 jaar	–4,18

Tabel 3.3. Klassen en gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	9,83
2	5,93
3	3,98
4	3,09
5	1,00
6	–0,31
7	–2,02
8	–3,57
9	–6,21
10	-9,85

TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook, dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Om dit te voorkomen is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt. De vereveningsbijdrage wordt na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het Zorginstituut definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie bij de zorgverzekeraar zoals deze zich gedurende het vereveningsjaar heeft voorgedaan (de werkelijke verzekerdenaantallen en -kenmerken; deze kunnen namelijk afwijken van datgene waar ex ante mee rekening was gehouden) en worden bepaalde compensatiemechanismen ingezet.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2016 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2016' (Rrv 2016).

De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2016 bevatten de regels die gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2016. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2016 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In de Rrv 2016 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2016, als het macro-prestatiebedrag 2016 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2016 verdeeld in vijf macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag variabele zorgkosten;
- het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (hierna: geneeskundige GGZ);
- het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging;
- het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg (hierna: langdurige GGZ).

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Bzv. In voorliggende regeling wordt nader ingegaan op de invulling van deze criteria in klassen en de bijbehorende gewichten.

Bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2016 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Bzv.

Hoofdstuk 6 van de Rrv 2016 bevat een aantal wijzigingen van de Regeling risicoverevening 2015. Het gaat daarbij om een (technische) correctie van de eerder vastgestelde normbedragen. De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de inwerkingtreding en terugwerkende kracht van de voorliggende regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

Het kabinet zet in op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel en op de vergroting van risicodragendheid van de zorgverzekeraars door afbouw van de ex post compensatiemechanismen.
Daarom wordt er een aantal wijzigingen voor 2016 doorgevoerd. De belangrijkste zijn:

– voor het ex ante gedeelte van het model:
  1. Het risicovereveningsmodel voor de kosten van verpleging en verzorging wordt uitgebreid en bestaat in 2016 uit dezelfde vereveningscriteria als het model voor de variabele zorgkosten. Het aparte vereveningscriterium 'V&V-regio' vervalt per 2016.
  2. Veel van de bestaande vereveningscriteria worden op basis van (groot) onderhoud verbeterd.
  3. Er wordt een nieuw deelbedrag geïntroduceerd. Dit betreft de zorg in het kader van langdurige GGZ die per 2015 overgeheveld is van de AWBZ naar de Zvw. Langdurige GGZ maakt deel uit van de te verzekeren prestaties onder de Zvw. Dit is geregeld in artikel 2.12 van het Bzv.
  4. Er worden nieuwe vereveningscriteria ingevoerd, gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie (FGG), op het gebruik van verpleging en verzorging (VGG), het gebruik van geriatrische revalidatiezorg (GGG) en het gebruik van intramurale GGZ (IGG) in het voorgaande jaar.

– voor het ex post gedeelte van het model:
  1. Voor het nieuwe deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg wordt een bandbreedte geïntroduceerd van € 5. Buiten deze bandbreedte wordt 100% nagecalculeerd.
  2. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt verruimd naar € 17,50. Buiten deze bandbreedte wordt 75% nagecalculeerd.
  3. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt verruimd naar € 15. Buiten deze bandbreedte wordt 75% nagecalculeerd.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

Voor de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel brengt de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening en het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel, op basis van onderzoeken die zijn uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma risicoverevening. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deel.

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de normatieve gewichten wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, de kenmerken en vereveningscriteria van verzekerden, en hun zorgkosten onder het verzekerde pakket op individuniveau. Het betreft (elk jaar) de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeclareerde gegevens. Voor het vereveningsjaar 2016 wordt daarom gebruik gemaakt van kostengegevens over 2013 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2013.
Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het verzekerde pakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen verwerkt.
Daarna worden de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie representatief gemaakt en de zorgkosten opgehoogd voor de raming voor het komende vereveningsjaar.
Vervolgens worden vijf econometrische modellen geschat voor de variabele zorgkosten, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, de kosten van verpleging en verzorging, de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg, en de eigen betalingen t.g.v. het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normatieve gewichten per vereveningscriterium. De onderzoekers beoordelen de stabiliteit en plausibiliteit van de normatieve gewichten. Het oordeel of de normbedragen van voldoende kwaliteit zijn om de risicoverevening van 2016 op te baseren, wordt besproken met de WOR. Tot slot verwoordt de WOR het oordeel over de kwaliteit aan mij.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ, verpleging en verzorging, langdurige GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2013 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2013.
De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden is goed te noemen. De gegevens op individuniveau over ziektekosten en verzekerdenkenmerken (BASIC 2013) geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2013, zowel qua kosten als demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Het ex ante vereveningsmodel voor 2016 is gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2013 en de verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2013. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2016 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2014, 2015 en 2016 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. In tegenstelling tot voorgaande jaren heeft Vektis geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2013 en 2016 beperkt zijn. Vektis heeft de DBC-declaraties in het gereguleerde segment en van de overige zorgproducten gekoppeld met landelijke tarieven en de DBC-declaraties in het vrije segment met de gemiddelde kostprijzen van 2013. Het resulterende bestand heeft een dekking van 100%.
Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is eveneens sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2013 van Vektis. Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laten zien dat BASIC 2013 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van het Zorginstituut met gegevens over gedeclareerde DBC's van 2013. In tegenstelling tot vorig jaar is nu in de declaratiegegevens wel informatie over de verblijfsduur beschikbaar, zodat ook intramurale DBC's geschoond konden worden voor opbrengstverrekening. Eerst is gekoppeld met de tarieven van 2013 van DBC-onderhoud. Vervolgens zijn de (verwachte) gevolgen van de invoering van de Generalistische Basis GGZ per 2014 verwerkt. Ten slotte zijn de kosten geaggregeerd naar verzekerdenniveau, waarna de overige GGZ-kosten vanuit BASIC 2013 erbij zijn opgeteld. Evenals bij de somatische kosten is geen ophoging voor balansposten toegepast.

Gegevensbewerking overgehevelde AWBZ-zorg

Net als vorig jaar zijn gegevensbestanden aangeleverd met informatie van declaraties over 2013 van AWBZ-zorg die per 2015 is overgeheveld naar de Zvw. Dit betreft de kosten van V&V en IGGZ. De gebruikte informatie over extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten bestaat uit informatie over aantallen en tarieven. De informatie over aantallen is geleverd door de instellingen zelf. De tarieven zijn gebaseerd op informatie van de NZa. De kosten van geriatrische revalidatiezorg komen dit jaar voor het eerst niet uit AWBZ-gegevens, maar uit QZ omdat deze zorgprestaties vanaf 2013 onder de Zvw vallen.
De kosten van extramurale verpleging (VP) en van persoonlijke verzorging (PV) zijn hoofdzakelijk bepaald op basis van een voorselectie die Vektis op aangeven van VWS haalt uit het AWBZ-informatiesysteem, dat een volledige dekking van de zorgkantoren kent. De onderzoekers constateren dat de overheveling vanuit de AWBZ naar de Zvw ten opzichte van vorig jaar meer gedetailleerd is uitgevoerd.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent in 2016 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen' (FKG's), 'diagnosekostengroepen' (DKG's), 'hulpmiddelenkostengroepen' (HKG's), 'aard van het inkomen' (AvI), 'sociaal economische status' (SES), 'meerjarig hoge kosten' (MHK), 'generieke somatische morbiditeit' (GSM), 'fysiotherapie gebruikersgroepen' (FGG), 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG), 'geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen' (GGG), en het 'regiocriterium somatisch' (regio). Op advies van de

WOR worden in 2016 de volgende wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:

- FKG's: Het vereveningscriterium FKG's is geactualiseerd en verbeterd.
- DKG's: Het vereveningscriterium DKG's is geactualiseerd en verbeterd.
- AvI: Het vereveningscriterium AvI is uitgebreid met een aparte klasse voor duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA) en voor hoogopgeleiden (van 18-34 jaar).
- SES: Het vereveningscriterium SES onderscheidt vier niveaus in plaats van drie en binnen de klasse van institutionele huishoudens wordt onderscheid gemaakt naar instromers en blijvers.
- FGG: Het vereveningscriterium FGG wordt toegevoegd en onderscheidt verzekerden van 20 jaar en ouder met kosten aan fysiotherapie (indeling van verzekerden die in het voorgaande jaar 19 jaar of ouder zijn en waarbij de kosten fysiotherapie voor de groep tot en met 18 jaar in het voorgaande jaar op € 0 is gezet) in het voorgaande jaar van de overige verzekerden.
- VGG: Het vereveningscriterium VGG wordt toegevoegd en onderscheidt verzekerden op basis van het gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar.
- GGG: Het vereveningscriterium GGG wordt toegevoegd en onderscheidt verzekerden met kosten aan geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar van de overige verzekerden.
- GSM: Het vereveningscriterium GSM blijft uit dezelfde klassen bestaan. Bij het onderscheid van verzekerden met en zonder morbiditeit wordt ook het (nieuwe) vereveningscriterium FGG betrokken.

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2016 voor somatische zorg op de meest recente gegevens resulteert in een verbetering van het vereveningsmodel. Het vereveningsmodel somatische zorg is kwalitatief goed, stabiel en robuust.

2.5 Vormgeving verpleging en verzorging

Het ex ante risicovereningsmodel 2016 voor verpleging en verzorging kent dezelfde vereveningscriteria als het model voor de variabele zorgkosten.

2.6 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent in 2016 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen psychische aandoeningen' (FKG's psychische aandoeningen), 'diagnosekostengroepen psychische aandoeningen' (DKG's psychische aandoeningen), 'AvI', 'SES', 'éénpersoonsadres', het 'regiocriterium GGZ' (ggz-regio) en 'meerjarige hoge kosten GGZ' (GGZ-MHK).
Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2016 gewijzigd door (net als in het model voor de variabele zorgkosten) de gewijzigde vereveningscriteria AvI en SES te gebruiken.

2.7 Vormgeving langdurige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel 2016 voor de langdurige GGZ bestaat uit de vereveningscriteria van het model voor de geneeskundige GGZ, aangevuld met het vereveningscriterium 'intramurale GGZ gebruikersgroepen' (IGG). Dit vereveningscriterium onderscheidt verzekerden met gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar van de overige verzekerden.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Een uitzondering wordt gemaakt voor de 'dure intramurale geneesmiddelen'. Dit betreft middelen die ingevolge artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering, zijn uitgesloten van het pakket vanwege het uitzonderlijk hoge kostenbeslag. Deze middelen vallen vanaf het moment van instroom tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar onder de vaste zorgkosten. Dit is in artikel 15, zesde lid, geregeld.
De vereveningscriteria 'fysiotherapiegebruikersgroepen' (FGG), 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG), 'geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen' (GGG) en 'intramurale GGZ gebruikersgroepen' (IGG) zijn nieuwe criteria die met deze regeling eenmalig zijn toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Bzv. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zvw biedt de mogelijkheid hiertoe. Van deze mogelijkheid wordt hier gebruik gemaakt.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de

te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2016[1]. Deze ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Aan de in de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd, extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016.
Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van de nominale premie. Voorts vindt er een financieringsverschuiving van een deel van de kosten van prestaties plaats van zorgverzekeraars naar verzekerden, als gevolg van het verplicht eigen risico (artikel 3.19 Bzv).
Uit technische overwegingen is ervoor gekozen bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars uit te gaan van het macro-prestatiebedrag. De gewichten die gekoppeld zijn aan de vereveningscriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2016 is bepaald op (afgerond) € 1.288. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 385 per verzekerde.
In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen.
Het macro-prestatiebedrag wordt in 2016 onderverdeeld in vijf onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2016, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.
De verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten zijn toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en er hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee.
Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraar wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 en – in de vaststellingsfase – artikel 3.18 Bzv. De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 8 en 9 (artikel 3.10 van het Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 17 (artikel 3.19 van het Bzv).

Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2015 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling.
De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Bzv. Het genoemde bedrag van € 22.218,7 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 42.804,1 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 17.390,6 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.194,8 miljoen) levert een bedrag op van € 22.218,7 miljoen.

Artikel 5

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw biedt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen.
In het eerste lid wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door voor de verdeling van het

[1] Kamerstukken II 2015/16, 34 300 XVI, nr. 2.

macro-deelbedrag variabele zorgkosten eenmalig de vereveningscriteria FGG, VGG en GGG aan de bestaande vereveningscriteria toe te voegen.
In het tweede lid wordt van de mogelijkheid een extra criterium toe te voegen gebruik gemaakt voor de verdeling van het macro-deelbedrag 'kosten van verpleging en verzorging'. Eenmalig worden ook hier de drie bovengenoemde vereveningscriteria aan de bestaande vereveningscriteria toegevoegd.
In het derde lid wordt van de mogelijkheid een extra criterium toe te voegen gebruik gemaakt voor de verdeling van het macro-deelbedrag 'kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg'. Eenmalig wordt het extra vereveningscriterium IGG aan de bestaande vereveningscriteria toegevoegd.

Artikel 6

De gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, zijn als bijlagen 1 en 2 bij deze regeling opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 2 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.
Ook blijkt uit deze bijlagen welke criteria gelden voor de onderscheiden deelbedragen.
Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van verpleging en verzorging aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, AvI, SES, GSM, MHK, FGG, VGG, GGG en regio.
Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, AvI, SES, éénpersoonsadres, ggz-regio en GGZ-MHK. Voor de invulling van het vereveningscriterium 'regio', zoals genoemd in het Bzv, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd ggz-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige GGZ en met sociaaleconomische omstandigheden. Voor de kosten van langdurige GGZ geldt hetzelfde, maar wordt ook rekening gehouden met het vereveningscriterium IGG.
De ex ante normgewichten worden voor alle deelbedragen dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende risicoklassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria:
De verdeling van vaste zorgkosten wordt gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden per zorgverzekeraar in het jaar 2016. Hier is derhalve, anders dan bij de verdeling van de kosten uit de overige clusters, geen sprake van verevening op basis van verzekerdenkenmerken.
In de toelichting bij het Bzv respectievelijk, voor sinds 2006 toegevoegde vereveningscriteria, in de toelichtingen bij de wijzigingen van dat besluit is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, AvI, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio, GSM, HKG, DKG's psychische aandoeningen, MHK-GGZ, FGG, VGG, GGG en IGG. In aanvulling daarop kan over deze vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt.

– Leeftijd en geslacht worden in samenhang bezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaars-klassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15-24 jaar onderverdeeld in 15-17 en 18-24 jaar in plaats van 15-19 en 20-24 jaar. Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten wordt het leeftijdsinterval 0-4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1-4 jaar.
– Er wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 30 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'. De vormgeving van het vereveningscriterium 'FKG's' wordt aangepast. Zo worden ondermeer twee FKG's gesplitst en vier nieuwe FKG's toegevoegd.
– Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt gebruik gemaakt van zeven FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Het vereveningscriterium 'FKG's psychische aandoeningen' bestaat uit de volgende klassen: 'FKG psychose', 'FKG psychose depot', 'FKG chronische stemmingsstoornissen', 'FKG verslaving', 'FKG bipolair regulier', 'FKG bipolair complex' en 'FKG ADHD'. Om ingedeeld te worden in de FKG 'bipolair complex' moeten verzekerden naast meer dan 180 defined daily doses (ddd's) voor middelen uit de FKG 'bipolair regulier' ook minstens eenmaal een recept uit de (somatische) FKG 'epilepsie' of uit de FKG psychische aandoeningen 'psychose' of uit de FKG psychische aandoenin-

gen ‘psychose depot’ voorgeschreven krijgen. Als een verzekerde ingedeeld wordt in de FKG ‘bipolair complex’ kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de indeling in de FKG ‘bipolair regulier’, als een verzekerde wordt ingedeeld in de FKG-klasse ‘psychose depot’ kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de FKG-klasse ‘psychose’. Voor het overige geldt dat een verzekerde in meerdere FKG’s psychische aandoeningen kan worden ingedeeld.

– Wat betreft DKG’s is er voor in Nederland wonende verzekerden sprake van 15 clusters van aandoeningengroepen, en van een DKG “0” voor degenen die geen van die aandoeningen hebben. De DKG’s zijn geactualiseerd en verbeterd en worden in 2016 net als in 2015 ook gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen. In de vormgeving van de DKG’s worden de verschillende klinische en niet-klinische behandelingen samengenomen zodat het risicovereveningsmodel een prikkel geeft om verzekerden – waar mogelijk – goedkoper poliklinisch te behandelen in plaats van via duurdere klinische opnames. Vanwege prikkelwerking worden zorgproducten van de typering ‘Lichte behandeling op de polikliniek’ uitgezonderd. De prevalentie van DKG’s wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc-zorgproducten. Er wordt uitgegaan van enkelvoudige DKG’s. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.
– Bij het vereveningscriterium ‘AvI’ worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zeven klassen onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: ‘volledig en duurzaam arbeidsongeschikte verzekerden (IVA)’, ‘arbeidsongeschikte verzekerden’, ‘bijstandsgerechtigde verzekerden’, ‘studenten’, ‘zelfstandige verzekerden’, ‘hoogopgeleiden’ en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de zes hiervoor genoemde groepen. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte klassen. Binnen de klassen ‘IVA’, ‘arbeidsongeschikte verzekerden’, ‘bijstandsgerechtigde verzekerden’, ‘zelfstandige verzekerden’ en ‘referentiegroep’ wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De klassen ‘studenten’ en ‘hoogopgeleiden’ zijn hier een uitzondering op; deze hebben namelijk maar één leeftijdsgroep: 18-34 jaar. In de beleidsregels van het Zorginstituut zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen AvI.
– Het vereveningscriterium GSM onderscheidt verzekerden met morbiditeit (wat tot uidrukking komt in een positieve FKG en/of DKG en/of HKG en/of MHK en/of FGG) van verzekerden zonder morbiditeit, uitgesplitst naar leeftijdscategorie (65-, 65+).
– Door het vereveningscriterium ‘MHK’ kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten behoort, ingedeeld in één van de klassen, ‘3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent’, ‘3 jaar hoge kosten in top 4 procent’, ‘3 jaar hoge kosten in top 7 procent’, ‘3 jaar hoge kosten in top 10 procent’ of ‘3 jaar hoge kosten in top 15 procent’. Hierin is de top 1,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtneming van het bovenstaande ingedeeld in de hoogste klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde, wordt ingedeeld in de klasse, ‘MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent’. Een verzekerde die niet in een van de bovengenoemde klassen behoort, wordt ingedeeld in de klasse ‘geen MHK’. Dit is de referentiegroep.
– Het vereveningscriterium ‘éénpersoonsadres’ wordt gebruikt in de modellen voor de kosten van geneeskundige GGZ en de kosten van langdurige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de zorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium ‘éénpersoonsadres’ is gebaseerd op het onderscheid ‘woont op een adres waar één persoon is ingeschreven’ en ‘woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven’.
– Het vereveningscriterium ‘SES’ deelt verzekerden in klassen in op basis van inkomen, leeftijd en omvang van het huishouden. Het criterium gaat uit van het totaal huishoudinkomen. In 2015 was dat nog het gemiddelde inkomen per huishouden. Ten opzichte van 2015 wordt tevens een inkomensklasse extra onderscheiden. In SES 0 worden verzekerden ingedeeld die wonen op adressen met meer dan 15 inwoners (niet-studenten). Binnen deze klasse wordt voor de groepen ’18-64 jaar’ en ‘65+ jaar’ onderscheid gemaakt naar verzekerden die in het voorgaande jaar ook al in een huishouden met meer dan 15 bewoners woonden (‘blijvend’) en verzekerden waar dat niet het geval is (‘instromend’).
– Het vereveningscriterium ‘Regio’, dat wordt gebruikt in de vereveningsmodellen voor de variabele zorgkosten en de kosten van verpleging en verzorging, beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Het tijdelijke aparte vereveningscriterium ‘V&V-regio’ verdwijnt per 2016. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden

met het regiocriterium voor het somatische model ('variabele zorgkosten' en 'kosten van verpleging en verzorging') gaan het Bzv uit van een andere naamgeving, namelijk GGZ-regio. Dit vereveningscriterium wordt ook toegepast in het model voor de kosten van langdurige GGZ.

– Het vereveningscriterium 'HKG's' onderscheidt vier klassen: 'insuline infuuspompen', 'katheters/urine-opvangzakken', 'stoma's' en 'tracheo-stoma's'. Daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen HKG') van verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld. Door de HKG's wordt voor subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd. Hierdoor neemt de prikkel tot risicoselectie af. In het onderzoek is bij de selectie van hulpmiddelen rekening gehouden met mogelijkheden van hulpmiddelenregistratie. Een verzekerde kan maar in één HKG-klasse (de zwaarste) worden ingedeeld.
– Door het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. Op advies van medische experts richt het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' zich op langdurig zorgafhankelijke patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en op patiënten die tot de groep 'disease management van common mental disorders (DM)' behoren. Bij het vormgeven van de DKG's psychische aandoeningen worden de langdurig zorgafhankelijke patiënten onderscheiden op basis van dbc-informatie. Als eerste worden psychische dbc's met de volgende diagnosen uitgesloten: "stoornissen in de kindertijd", en "andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn". De psychische dbc "Schizofrenie en andere psychotische stoornissen" leidt in elk geval tot indeling in een DKG psychische aandoeningen. Alle overige psychische dbc's leiden alleen tot indeling in een DKG psychische aandoeningen als de verzekerde ook in t-2 kosten heeft gehad in de geneeskundige GGZ.
  De geselecteerde psychische dbc's worden geclusterd in vijf kostenhomogene klassen. Er wordt uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.
– Het vereveningscriterium GGZ-MHK is in 2015 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Door het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige GGZ substantieel beter verevend worden. Een verzekerde die drie jaren achtereenvolgens (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, 'GGZ-MHK klasse 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille' of 'GGZ-MHK klasse 3 jaar hoge kosten in top 5 promille'. Een verzekerde die drie jaren achtereenvolgens geen GGZ-kosten heeft, komt in de klasse 'meerjarig geen kosten' (MGK) terecht. Dit is de referentiegroep. Verzekerden die ten minste een jaar GGZ-kosten hebben, maar niet voldoen aan MHK-klasse, komen in de klasse 'geen MHK/geen MGK' terecht.
– Het vereveningscriterium 'fysiotherapiegebruikersgroepen' (FGG) wordt per 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van verpleging en verzorging. Dit criterium zorgt ervoor dat heel gericht de verevening verbeterd wordt voor bepaalde groepen verzekerden met chronische aandoeningen. Dit vereveningscriterium onderscheidt de groep verzekerden met de 2% hoogste kosten aan fysiotherapie voor volwassenen die ten laste van het basispakket komt van de overige verzekerden.
– Het vereveningscriterium 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG) wordt per 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van verpleging en verzorging. Dit criterium zorgt ervoor dat gebruikers van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar gemiddeld genomen niet langer (zwaar) verliesgevend zijn. Verzekerden met hoge kosten aan verpleging en verzorging in het voorgaande jaar worden, afhankelijk van de hoogte van de kosten, ingedeeld in één van de klassen 'VGG kosten in top 2,5%', 'VGG kosten in top 1,5%', 'VGG kosten in top 0,5%' of 'VGG kosten in top 0,25%'. Verzekerden die in het voorgaande jaar geen (hoge) kosten aan verpleging en verzorging hebben gemaakt, komen in de klasse 'Geen VGG' terecht. Het is de bedoeling dat dit criterium uiterlijk na drie jaar wordt vervangen door betere, medisch-inhoudelijke vereveningscriteria.
– Het vereveningscriterium 'geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen' (GGG) wordt per 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van verpleging en verzorging. Dit criterium zorgt ervoor dat gebruikers van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar gemiddeld genomen niet langer (zwaar) verliesgevend zijn. Verzekerden met kosten geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar in de top 0,275% worden ingedeeld in de klasse 'GGG kosten in top 0,275%'. De overige verzekerden worden ingedeeld in de klasse 'Geen GGG'. Voor dit criterium is beoogd dat het uiterlijk na drie jaar weer uit het model kan worden verwijderd.
– Het vereveningscriterium 'intramurale GGZ gebruikersgroepen' (IGG) maakt in 2016 onderdeel uit van het model voor de kosten van langdurige GGZ. Verzekerden die in het voorgaande jaar gebruik hebben gemaakt van intramurale langdurige GGZ worden ingedeeld in de klasse 'IGG Gebruik intramurale lGGZ'. Verzekerden die gebruik hebben gemaakt van intramurale geneeskundige GGZ (langer dan 252 zorgdagen) worden ingedeeld in de klasse 'IGG Gebruik intramurale gGGZ > 252 zorgdagen'. De overige verzekerden worden ingedeeld in de klasse 'Geen IGG'.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2013 (en vervolgens opgehoogd naar het verwachte niveau van 2016). Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

Artikel 7

Gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is voor deze verzekerden niet mogelijk om uit de buitenlandse nota's af te leiden of er sprake is van een FKG, een FKG psychische aandoeningen, een DKG, een DKG psychische aandoeningen of een HKG. Hetzelfde geldt voor indeling in de nieuwe vereveningscriteria FGG, VGG, GGG en IGG. Als hier niet voor wordt gecorrigeerd, komen alle verzekerden woonachtig in het buitenland en met zorgkosten gemaakt in het buitenland, in de FKG-klasse 'Geen FKG', in de FKG psychische aandoeningen-klasse 'Geen FKG psychische aandoening', in de DKG-klasse '0', in de DKG psychische aandoeningen-klasse '0', in de HKG-klasse 'Geen HKG', in de FGG-klasse 'Geen FGG', in de VGG-klasse 'Geen VGG', in de GGG-klasse 'Geen GGG' en in de IGG-klasse 'Geen IGG' terecht. Dit is voor de betreffende verzekerden met een chronische aandoening onterecht in die zin, dat de bijbehorende gewichten voor hen niet juist zijn. Uit statistische analyses die het Zorginstituut heeft uitgevoerd op de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland, blijkt dat, wanneer rekening wordt gehouden met de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht van de betreffende criteria kan worden bepaald. Dit normbedrag houdt als het ware rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland.
In dit artikel wordt geregeld dat voor alle in het buitenland wonende verzekeren andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het Zorginstituut vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten en vastgelegd in de beleidsregels.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst raamt van de nominale rekenpremie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.
De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden daarom in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister van Veiligheid en Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het Zorginstituut houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 9

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag van de opbrengst uit het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar.
Bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Evenals in artikel 8 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een relatief lagere opbrengst aan eigen betalingen onder het verplicht eigen risico innen, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar.
Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzeke-

raars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen.
Voor de verzekerden zonder een chronische aandoening is een normatief model van toepassing. Voor de bepaling van de omvang van deze opbrengst verplicht eigen risico gaat het Zorginstituut voor verzekerden die vallen in de klasse 'Geen FKG' èn vallen in de klasse 'DKG 0' èn vallen in de klasse 'Geen MHK' èn vallen in de klasse 'Geen HKG' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AvI, en regio en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 3 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 30 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 15 DKG's (niet ingedeeld in de DKG-klasse 'DKG 0'), 6 MHK-klassen (niet ingedeeld in MHK-klasse 'Geen MHK') of 4 HKG's (niet ingedeeld in de HKG-klasse 'Geen HKG'), wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 355,10. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden.

Artikel 10

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon niet ingeschreven stond, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid).
Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (Stb. 2011, 111) naar verwachting gering is[2], wordt in het tweede lid vooralsnog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven.
Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen.
Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dit onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbijdrage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2016 – 365, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de 'volle' bijdrage.

Artikel 11

In de artikelen 12 tot en met 15 van deze regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het Zorginstituut de gerealiseerde kosten bepalen. Het eerste lid van artikel 11 expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de bijdragen dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste zorgkosten'.
In artikel 3.11, tweede lid, van het Bzv is geregeld dat het Zorginstituut na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent[3] en in het vierde lid van dit artikel staat dat het Zorginstituut de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens stelt het Zorginstituut, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, nieuwe bijdragen vast (artikel 3.11, vijfde lid, Bzv). Met behulp van deze nieuwe bijdragen en van de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken

---

[2] Deze wet geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding
van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.

[3] Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).

per zorgverzekeraar berekent het Zorginstituut dan weer voor iedere zorgverzekeraar en ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag'. Vóór het afschaffen van de macronacalculatie zouden dit de deelbedragen zijn geweest waarop vervolgens voor zover van toepassing de nacalculatie, de hogekostencompensatie en de bandbreedteregeling zouden zijn toegepast. Maar nu de macronacalculatie met ingang van het vereveningsjaar 2012 is afgeschaft, wordt dit 'tussendeelbedrag' eerst nog omgerekend naar een 'herberekend deelbedrag' (art. 3.12, tweede en derde lid, Bzv), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdenkenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. Hierbij voorziet artikel 3.12, tweede lid, van het Bzv in flankerend beleid om te voorkomen dat zorgverzekeraars met een relatief slechte risicoportefeuille hierdoor benadeeld worden.
Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het Zorginstituut de bijdragen herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per iedere klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden.
Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de bijdragen, het Zorginstituut voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2016 wat betreft de vereveningscriteria 'leeftijd en geslacht', 'AvI', 'éénpersoonsadres', 'Regio' en 'GGZ-regio'. Voor de vereveningscriteria 'FKG's', 'FKG's psychische aandoeningen', 'GSM', 'DKG's', 'HKG's', 'FGG', 'VGG', 'GGG' en 'IGG' wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2015. Voor het vereveningscriterium 'SES' gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over 2015 en 2016. Voor het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2014 en 2015. Voor het vereveningscriterium 'MHK' en 'GGZ-MHK' gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2013, 2014 en 2015 (in 2013 zijn er nog opbrengstresultaten voor de geneeskundige ggz en niet voor de instellingen voor medisch specialistische zorg). Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het Zorginstituut uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgkosten dienen te worden gecompenseerd.
Voor het vereveningscriterium 'MHK' is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het Zorginstituut krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium 'MHK' – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt.
Ook stelt het Zorginstituut ingevolge het vierde lid de gewichten van de criteria 'IGG' dusdanig vast dat het totaal van de toe- en afslagen voor dit criterium – rekening houdend met de geraamde verzekerden-aantallen per klasse – op nul uitkomt. Daarbij wordt rekening gehouden met de gerealiseerde verzekerdenaantallen.
Op basis van het vijfde lid deelt het Zorginstituut bij de vereveningscriteria 'FGG', 'VGG' en 'GGG' verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens naar rato in bij de klassen waar deze percentielgrens relevant is. Op die manier wordt, ook als veel verzekerden kosten gelijk aan de percentielgrens hebben, het juiste aantal verzekerden in elk van de klassen ingedeeld. Mocht een percentielgrens gelijk zijn aan nul euro, dan zorgt het zesde lid ervoor dat verzekerden met kosten op de percentielgrens (in dit geval dus verzekerden zonder kosten) bij deze kenmerken altijd in de afslagklasse worden ingedeeld.

Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risicovereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het Zorginstituut (lid 2).
Declaraties die bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel a), voor geneeskundige GGZ, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel b), voor verpleging en verzorging (onderdeel c) of voor langdurige GGZ (onderdeel d). Het Zorginstituut deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten' (onderdeel e).
De verdeelsleutel die in het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Verordening (EU) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van

verzekerden die in het buitenland wonen. De kosten buitenland die via het Zorginstituut worden afgehandeld worden op kasbasis door het Zorginstituut in de risicoverevening verwerkt. De toedeling van de verschillende kosten van prestaties gebeurt op basis van feitelijke declaratiegegevens van het Zorginstituut en cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2016.
Voor de per 2015 overgehevelde zorg verpleging en verzorging zijn geen gegevens over de kosten buitenland in het verleden beschikbaar. De verdeelsleutel voor de toedeling aan dit cluster is daarom gebaseerd op cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2016 en afgerond op 5 procentpunt. Dit leidt tot een toedeling van 10 procent aan het cluster 'verpleging en verzorging'.
Voor de resterende 90 procent blijkt op basis van eerdere schadecijfers over 2011 (uitgedeclareerd) dat, afgerond op 5%-punt, de zogenaamde kosten buitenland als bedoeld in het tweede lid, voor 90 procentpunt onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en voor 0 procentpunt onder de kosten van geneeskundige ggz vallen. Geconstateerd kan worden dat de 'werkelijke' kosten buitenland via zorgverzekeraars relatief meer kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp omvatten en minder kosten van geneeskundige ggz dan het macro-prestatiebedrag. Daarom worden de kosten buitenland gebruikt voor de verdeling en niet het macro-prestatiebedrag. Daarmee sluit de verdeling beter aan bij de feitelijke situatie. Vervolgens moeten de kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp (90 procent) worden verdeeld over de onderliggende clusters van deelbedragen. Dit gebeurt wèl weer op basis van het macro-prestatiebedrag 2016, aangezien daarvoor geen gebruikgemaakt kan worden van werkelijke declaratiegegevens. De uiteindelijke verdeling is als volgt: voor 90 procent worden de kosten buitenland als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten' beschouwd en voor 10 procent als kosten van het cluster 'verpleging en verzorging'.

Artikel 13

Binnen het Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze eigen betalingen worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele zorgkosten', 'kosten van geneeskundige GGZ', en 'kosten van verpleging en verzorging'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van het normatief bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen voor zover deze niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de drie hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de nominale rekenpremie – in de vereveningsbijdrage. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten onder het verplicht eigen risico. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.
De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximeren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch- specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 15, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele zorgkosten'.
De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Het eerste lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld.
De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2016 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel: voor 75 procent worden deze kosten aan het cluster 'variabele zorgkosten' toegedeeld (tweede lid).
Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 12.

Artikel 15

Het eerste lid regelt dat de kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ worden herberekend op basis van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar in 2016.
Het tweede en derde lid gaan in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wmg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster ‘vaste zorgkosten’ wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat aan het cluster ‘variabele zorgkosten’ wordt toegedeeld in het corresponderende eerste lid van artikel 14.
De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2015 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel. Dit wordt in het vierde lid aangegeven; voor 25 procent worden deze kosten aan het cluster ‘vaste zorgkosten’ toegedeeld.
Het corresponderende tweede lid van artikel 14 bepaalt dat deze kosten voor 75 procent aan de kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’ worden toegedeeld.
Het vijfde lid bepaalt dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en de kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) voor 100 procent als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ worden aangeduid. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. Ook de financiering van kwaliteitsgelden voor de SKCF zijn vanwege administratieve voordelen, als vaste zorgkosten geclassificeerd. In dit lid wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ mee worden genomen in de risicoverevening.
Het vijfde lid bepaalt tevens dat de kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ voor 100 procent als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ worden aangemerkt. Deze middelen zijn sinds 2014 beschikbaar voor kwaliteitsbeleid, projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering, en de destigmatiseringscampagne zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord ‘Toekomst GGZ 2013–2014’. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Samen Sterk Tegen Stigma en GGZ Nederland.
Per 2016 zijn aan het vijfde lid middelen toegevoegd die beschikbaar zijn gesteld voor het kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg. Deze middelen zijn voor 2016 beschikbaar voor de inhoudelijke uitwerking van het bestuurlijk akkoord ’Onderhandelaarsresultaat Eerste lijn 2014 t/m 2017’. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de op te richten stichting dan wel een door bij het akkoord betrokken partijen aan te wijzen beherende partij. Voor 2016 en 2017 zijn deze middelen aan te wenden door de bij het bestuurlijk akkoord betrokken partijen voor de thema’s zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord onder de gezamenlijke inhoudelijke agenda en voor zover deze partijen daar gezamenlijk mee instemmen.
In het zesde lid zijn regels gesteld over de risicodragendheid van de dure intramurale geneesmiddelen. De betaalbaarheid van zogenoemde dure geneesmiddelen is in toenemende mate een punt van zorg voor behandelaren, voorschrijvers, zorgverzekeraars en overheid. Gezien het potentieel uitzonderlijk hoge kostenbeslag van bepaalde geneesmiddelen wordt instroom in het pakket alleen dan maatschappelijk verantwoord geacht indien er waarborgen zijn dat de uitgaven op een aanvaardbaar niveau blijven.
Op grond van artikel 11, vierde lid, onder a, van de Zvw en artikel 2.4, tweede lid, van het Bzv kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd van het basispakket van de Zvw. Dit is nader uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering. De mogelijkheid om het pakket te beperken bestaat ondermeer om budgettaire problematiek tegen te gaan en dus ombuigingsmaatregelen te nemen en de bijbehorende beperkingen in het pakket aan te brengen (zie bijvoorbeeld Besluit van 30 september 2011, Stb. 2011, 467).
Thans is één geneesmiddel met een uitzonderlijk hoog kostenbeslag uitgesloten van de te verzekeren prestaties (Nivolumab, Zie regeling van 9 juli 2015, Stcrt. 2015, 22177). Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en er sprake is van een succesvolle prijsonderhandeling, kan de minister besluiten dit middel in het basispakket, en wel tegen aanvaardbare kosten op te nemen. Gedurende de tijd dat de behandeling niet als verzekerde zorg is opgenomen zal het geneesmiddel beschikbaar zijn op rekening van de leverancier.
De dure intramurale geneesmiddelen die instromen in het pakket zijn vanaf het moment van instroom en in het daarop volgende kalenderjaar risicoloos door. In de periode die daarop volgt worden de middelen automatisch volledig risicodragend. Voor alle overige (intramurale) geneesmiddelen is de zorgverzekeraar vanaf het vereveningsjaar 2016 volledig risicodragend. Het is de bedoeling deze werkwijze niet alleen in 2016, maar ook in de jaren daarna te volgen.
Het Zorginstituut past op het deelbedrag ‘vaste zorgkosten’ 100 procent nacalculatie toe (zevende lid).

Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, tweede lid, van het Bzv.

Artikel 16

In dit artikel is bepaald dat er sprake is van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Deze geldt in 2016 voor de kosten van geneeskundige GGZ, voor de kosten van verpleging en verzorging en voor de kosten van langdurige GGZ. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van de betreffende macro-deelbedragen.
De bandbreedte bestaat uit de in dit artikel aangegeven bedragen boven en onder een middelpunt dat in artikel 3.17 van het Bzv wordt aangeduid als 'het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars' voor de desbetreffende cluster van prestaties.
Voor de kosten van geneeskundige GGZ geldt, een bandbreedte van plus of minus € 17,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 75 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot doelmatigheid en kostenbeheersing te handhaven.
Voor de kosten van verpleging en verzorging geldt een bandbreedte van plus of minus € 15 en een nacalculatiepercentage van 75% buiten deze bandbreedte.
Voor de kosten van langdurige GGZ geldt een bandbreedte van plus of minus € 5 en een nacalculatiepercentage van 100% buiten deze bandbreedte.

Artikel 17

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 8 respectievelijk artikel 9. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het in artikel 3.18 van het Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 18

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2016 op € 43 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdisconteerd dat verzekerden jonger dan 18 jaar gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan andere verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden. Er is tevens rekening gehouden met een te verwachten afname van de beheerskosten als gevolg van de overheveling van de GGZ voor deze verzekerden naar de Jeugdwet.

Artikel 19

In de beleidsregels van het Zorginstituut is opgenomen op welke data de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars plaatsvindt. Er wordt rekening gehouden met het declaratiepatroon van zorgaanbieders, waarbij verschillen in de snelheid waarmee bijvoorbeeld farmaciekosten of dbc's gedeclareerd worden, meegenomen worden.

Artikel 20

Dit artikel corrigeert onjuistheden in de Regeling risicoverevening 2015. Het betreft correcties van onjuiste verwijzingen naar artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering. Dit artikel corrigeert verder in de normbedragen voor het vereveningscriterium Avl in het model voor de kosten onder het verplicht eigen risico. De klassen 'Studenten' en 'Zelfstandigen' waren daar verwisseld. Dit artikel corrigeert tenslotte het normbedrag van de klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' van het vereveveningscriterium GGZ-MHK gecorrigeerd. Hier ontbrak een minteken.

Artikel 21

Deze regeling werkt met uitzondering van artikel 20 terug tot en met 30 september 2015. Deze terugwerkende kracht hangt samen met het feit dat op basis van artikel 32, vierde lid, aanhef en onderdeel a, van de Zvw, voor 1 oktober 2015, bij ministeriële regeling wordt bepaald welk bedrag in totaal aan vereveningsbijdragen over 2016, kan worden toegekend. Artikel 20 dat wijzigingen van de

Regeling risicoverevening 2015 bevat, werkt terug tot en met 30 september 2014.

Artikel 22

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2016, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2016' (af te korten als Rrv 2016).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers